

Antrag auf Ersatzpflege

zurück an:

Deutsche Post 
ANTWORT

SBK
80227 München

.....

Versichertennummer

Name, Vorname des Versicherten

.....

Geburtsdatum

Persönliche Angaben des Pflegebedürftigen

Straße, Hausnummer

Telefon Festnetz*

Postleitzahl, Ort

Telefon mobil*

Name, Vorname der bisherigen Pflegeperson

E-Mail*

Ich werde gepflegt seit

.....

* Die Angaben sind freiwillig und werden zum Zweck der optimalen Betreuung und Beratung sowie Information über Angebote der SBK erhoben, gespeichert und verarbeitet. Ihre Daten werden selbstverständlich geschützt und vertraulich behandelt. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nicht. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich hiermit einverstanden. Das Einverständnis können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen per E-Mail an widerruf@sbk.org widerrufen.

Ich möchte gerne folgende Leistungen erhalten

- Kurzzeitpflege (kurzzeitige vorübergehende Pflege in einer Pflegeeinrichtung)
- Verhinderungspflege (vorübergehende Pflege durch eine andere Pflegeperson)

Ich beantrage die Kostenübernahme für die Zeit vom

.....

bis

.....

Die Ersatzpflege ist aus folgendem Grund notwendig

- Meine Pflegeperson ist krank.
- Meine Pflegeperson ist im Urlaub.
- Bei mir ist eine kurzfristige Verschlechterung meines Gesundheitszustandes eingetreten.
- Nach meiner stationären Behandlung ist keine Pflege zu Hause oder teilstationär möglich.
- Andere Gründe: _____

